Aus dem Gräfin Rittberg Krankenhaus und Kinderklinik vom Roten Kreuz
Berlin-Lichterfelde, Carstennstraße 58
(Leiter: Prof. Dr. Brüning)

Gestielter Mastdarmpolyp mit Einklemmungserscheinung

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des

Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Oskar Wilhelm

aus Kassel

Tag der Promotion: 24. September 1940.

Druck: Karl u. Richard Hoffmann, Charlottenburg, Schillerstr. 44.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. Brüning

Korreferent: Prof. Dr. v. Bergmann

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Nach Knoflach handelt es sich bei der Entstehung der Rectumpolypen um Hyperplasien des lymphatischen Gewebes im Rectum, welche, so lange sie klein sind, der Darmwand als Knötchen imponieren; wenn sie aber — unter einem unbekannten Wachstumsreiz — an Größe zunehmen, können sie sich in polypöse Gebilde umwandeln.

Die wachsende Bedeutung, die man dem Rectumpolyp zukommen läßt, erklärt sich aus seiner differentialdiagnostischen Wichtigkeit dem Rectumcarcinom gegenüber. Die Schwierigkeit, auf welche die Diagnose stößt, liegt vor allem in der sehr großen Variabilität sowohl seines anatomischen und histologischen, wie auch klinischen Bildes.

Vom solitären Polypen ausgehend, kann die Anzahl bis auf 20—30 Polypen steigen. Sein Umfang schwankt zwischen Erbsen- bis Gänseeigröße. Die Gegend seines Ansatzes reicht von der Flexura sigmoidea bis zur Analöffnung. Manchmal sitzt er mit seiner ganzen Basis auf, meist ist er gestielt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, daß der Polyp aus lymphadenoidem Gewebe aufgebaut ist, welches vorwiegend in der Submucosa in drüsenähnlicher Form angeordnet ist und von normaler Rectumschleimhaut überkleidet ist. Es finden sich auch Keimzentren und in letzteren auch Kernteilungsfiguren.

Salsano beschreibt einen Mastdarmpolypen, dessen histologische Untersuchung ein Fibromyxolipom ergab.

Im klinischen Befund ergeben sich oft gar keine oder nur geringfügige subjektive Beschwerden. Andererseits werden viele Patienten von besonders starken Schmerzen bei der Defäkation befallen. Oft klagen sie über Tenesmen. In vielen Fällen wurde im Stuhl Blut gefunden. Bei der digitalen Untersuchung fühlt man nach Hullsick den Polypen glatt und fest, aber nicht so fest wie das Carcinom.

Bei der Untersuchung mit dem Rectoskop bemerkt man eine hellrote, glitzernde, rundliche Masse, die zuweilen aber auch gelappt sein kann. Dagegen konstatiert der Finger das Rectumcarcinom als einen entweder wandständigen oder die ganze Zirkumferenz einnehmenden und das Lumen verengenden Tumor, der im Zentrum ulzeriert und von überhängender gewulsteter Schleimhaut umgeben ist. Das rundliche oder längliche Geschwür ist von einem harten, höckerigen Randwulst begrenzt, der sich gegen die weiche gewulstete Schleimhaut scharf abhebt. Der Geschwürsgrund selbst ist von derselben harten Konsistenz. Seltener findet man einen blumenkohlartigen, weichen Tumor, der wandständig ist und über die Schleimhaut hervorragt.

Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten steigern sich noch durch die oft fließenden Uebergänge von Rectumpolypen und Rectumcarcinom. Diesen Uebergang versucht Schmieden in drei Punkten zu beweisen:

1. Häufig findet man den Beginn eines Carcinoms im Polypen.
2. Häufig findet man Rectumpolypen und Rectumcarcinom nebeneinander.
3. Im Rectumcarcinom findet man hin und wieder Reste früherer Polypenanlagen.

Westhues trennt die gutartigen Geschwülste von den bösartigen durch die verschiedene Beschaffenheit ihrer Oberfläche. Solange die Geschwülste noch eine glatte Oberfläche besitzen, also vor allem keinen ulcerösen Zerfall zeigen, solange zeigen diese Geschwülste auch kein örtliches Destruktionswachstum und keine örtlichen Metastasen.

In unklaren Fällen können Rektoskopie und Probeexcision und das eventuelle Auffinden von Metastasen die Diagnose sicherstellen.

Abgesehen von der malignen Entartung, die sehr häufig ist (Hullsick gibt 40—50 % an), sind besondere Komplikationen der gutartigen Rectumadenome im klinischen Verlauf äußerst selten.

In dem mir von Herrn Professor Dr. Brüning überlassenen Falle besteht die Komplikation in der Einklemmung des prolabierten, gestielten Mastdarmpolypen. Bei dem im Mai 1937 in das Gräfin Rittberg-Krankenhaus ein-

gelieferten Patienten handelte es sich um einen 56-jährigen, kräftig gebauten Mann in ausreichendem Ernährungszustand. Seit einiger Zeit bestehende Beschwerden beim Stuhlgang des sonst gesunden Mannes, die sich in letzter Zeit zur Unerträglichkeit steigerten, hatten den Patienten veranlaßt, den Arzt aufzusuchen. Der Lokalbefund ergibt einen Polypen von Form und Größe eines Taubeneies, der deutlich gestielt und gut beweglich ist. Die Insertio des Stieles ist an der hinteren Rectumwand, dicht hinter dem Schließmuskel gut fühlbar. Die Berührung des Polypen verursacht dem Patienten starke Schmerzen. Während sich normalerweise der Polyp im Lumen des unteren Rectumabschnittes befindet (Abb. 1), wird er während der Defäkation mit den Faeces nach außen gepreßt (Abb. 2).

Abbildung 1

Abbildung 2

Der so prolabierte Polyp wird durch den Sphincter ani externus eingeklemmt und kann nur durch manuelle Hilfe in seine alte Position zurückgebracht werden. Dieser Vorgang der Einklemmung geht mit leichter Blutung einher und verursacht dem Patienten heftige Schmerzen.

Nach gründlicher Reinigung des Mastdarms erfolgte die Operation in Lokalanästhesie. Der Polyp wird nach Umspritzung des Analringes nach außen gebracht und die Analöffnung durch Specula breit offengehalten. Der Polyp wird an seiner Basis unterbunden und dann mit dem Scalpell abgetragen. Ein Darmrohr wird eingeführt. Eine Woche

nach der Operation ist der Patient völlig beschwerdefrei beim Stuhlgang. Das Darmrohr ist schon am vierten Tage nach der Operation entfernt. Die Wunde ist gut verheilt.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt, daß der Polyp von einer mehrschichtigen Plattenepithellage überkleidet ist, welche zapfenförmig in dem hyalin fibrösen Gewebe verankert ist. Das Epithel ist überall regelmäßig gestaltet. Die subepithelialen Schichten zeigen vielfach Entzündungsstellen, worunter sich auch Leukocyten finden. Für Carcinom ist kein Anhalt vorhanden.

Das hervorragendste Merkmal dieser Einklemmungserscheinung einer gutartigen Mastdarmgeschwulst ist wohl seine große Seltenheit. Herr Professor Dr. Brüning hat während seiner 34-jährigen chirurgischen Tätigkeit nur diesen einzigen Fall beobachtet. Beschreibungen ähnlicher Fälle in der Literatur habe ich nur sehr wenige gefunden.

Lexer erwähnt auf dem Chirurgischen Congreß 1902 den französischen Chirurgen Carlier, der bei einer 21-jährigen Frau ein hühnereigroßes, gestieltes Myom des Mastdarms fand, welches bei jedem Stuhl prolabierte und reichliche Blutungen machte. Nach Unterbindung wurde der Stiel abgetragen. Es erfolgte Heilung.

Beeler beschreibt bei einer 32-jährigen Frau ein ähnliches Bild. Der Mastdarmpolyp fiel beim Stuhlgang vor. Es entwickelte sich ein maligner Prozeß. Die Patientin lehnte eine Operation ab. Radiumbehandlung blieb erfolglos. Exitus letalis.

Salsano berichtet von einem 54-jährigen Manne, der seit einigen Monaten an kolikartigen Schmerzen im Unterleib und Verstopfung litt, bis unter mäßigem Blutverlust plötzlich gelegentlich starken Drückens ein großer Tumor aus der Afteröffnung austrat. Dann Schmerzlosigkeit, anhaltende Blutungen, Verfall der Körperkräfte. Die Untersuchung ließ vor der Afteröffnung einen gänseeigroßen, weichen Tumor feststellen, der sich durch den schließunfähigen Schließmuskel auf der Vorderwand des Rectums fortsetzte, wo seine Insertion nachweisbar war. Konnte ohne Schwierigkeiten durch Unterbinden seines Stieles entfernt werden. Die histologische Untersuchung der 250 g schweren

Geschwulst ergab ein Fibromyxolipom. Heilung mit rascher Erholung.

Ich möchte darauf hinweisen, daß diese drei Fälle der Literatur diejenigen sind, die dem von mir beschriebenen am nächsten kommen. Eine wirkliche Einklemmung ist auch in diesen Fällen nicht beschrieben worden. Mocquot erwähnt die Einklemmung als vorkommend, ohne jedoch einen besonderen Fall zu nennen.

Herrn Professor Dr. Brüning spreche ich hiermit für die Ueberlassung des Themas meinen ergebensten Dank aus.

Literatur-Verzeichnis.

Beeler, Bruce, H.: Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete. 1928, Bd. I, S. 460.

Garré, Küttner, Lexer: Handbuch der praktischen Chirurgie. III. Bd., Stuttgart 1929.

Hullsick, H. E.: Zentralorgan für die gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete. 1930. Bd. IV. S. 748.

Knoflach: Zentralblatt für Chirurgie 54, Jahrgang 1927, Bd. II, S. 1624.

Lexer: Myome des Mastdarms. 31. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, Sitzung vom 2.—5. IV. 1902.

Mocquot: Zentralblatt f. Chirurgie, 1913, Nr. 43.

Salsano, D.: Zentralorgan f. d. gesamte Chirurgie und ihre Grenzgebiete, 1936, Bd. V., S. 618.

Schmieden, V.: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 1929, II, S. 1997—2000.

Westhues: Therapie der großen Adenome des Rectums. 58. Tagung d. Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin. Sitzung 4.—7. IV. 1934.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550822_0061

Lebenslauf.

Ich bin am 29. Juli 1912 in Kassel als Sohn des Rektors Gustav Wilhelm und seiner Ehefrau Elisabeth geboren.

Mit $6^1/_2$ Jahren kam ich zu einer Kasseler Volksschule, die ich vier Jahre besuchte. Anschließend wurde ich in die Oberschule II zu Kassel aufgenommen, wo ich bis Untersekunda verblieb, um dann auf das Realgymnasium II in Kassel überzugehen, wo ich im Februar 1933 die Reifeprüfung ablegte.

Im Mai 1933 bezog ich die Universität Rostock, um Zahnheilkunde zu studieren. Nach einem zweisemestrigen zahnmedizinischen Studium ging ich zur Medizin über und bestand im Frühjahr 1935 den ersten Teil der ärztlichen Vorprüfung. Den zweiten Teil legte ich im Sommer 1936 an der Universität Göttingen ab, die ich seit November 1935 besuchte.

Im Herbst 1936 bewarb ich mich um die Einstellung als Sanitätsoffiziersanwärter. Am 1. Oktober 1936 wurde ich als Fahnenjunker in das Sanitätskorps der Wehrmacht eingereiht. Ich absolvierte einen halbjährigen Truppendienst beim Infanterieregiment 82 in Göttingen und bezog dann die Militärärztliche Akademie und zugleich die Universität Berlin zur Fortsetzung meines medizinischen Studiums.